2024 年度
国際医療福祉大学大学院

様式2

留学生個人票

＊大学院使用欄（記入不要）

受験番号	＊

※留学生は日本語で記入の上、必ず提出のこと

課程･専攻 分野･領域	1. 修士課程　保健医療学専攻 2. 修士課程　医療福祉経営専攻 3. 修士課程　臨床心理学専攻 4. 博士課程　保健医療学専攻 5. 修士課程　生命薬科学専攻 6. 博士課程　医療･生命薬学専攻	分野 領域	性 別	
			国 籍	

氏　名	アルファベット	姓（FAMILY NAME） ※パスポート上での表記にて大文字で記入	名（FIRST NAME、MIDDLE NAME）
	カタカナ		
	漢　字	※漢字名がある場合のみ記入	

現在の在留資格(国内在住者のみ) ※該当するものを○で囲む	留学　・　就労　・　短期滞在　・　その他（　　）

【 保護者 】

氏名	フリガナ 続柄（　　）	住所	〒 TEL：

【 日本国内の緊急連絡先 】

氏名	フリガナ 志願者との関係（　　）	住所	〒 TEL：
勤務先		勤務先住所	〒 TEL：

【 学費および生活費負担者 】 ※志願者本人が負担する場合は、志願者本人が署名してください。

氏名	フリガナ 志願者との関係（　　）	住所	〒 TEL：
勤務先		勤務先住所	〒 TEL：

上記志願者が貴大学院に入学した際は、学費および生活費等について私が責任を持って負担します。

氏名

【 家族状況 】

氏　名(カタカナ)	続柄	年令	職　業	備　考